UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1947 N° 6

LIPOMES SOUS-APONEVROTIQUES BÉNINS DE LA CUISSE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Présentée et soutenue publiquement en Mars 1947

PAR

MARC JACOBSOHN

Né le 17 février 1911, à Husi (Roumanie)

MEMBRES DU JURY

MM. BOULARAN *Président*

MOREL

VIRENQUE *Assesseurs*

R. DIEULAFÉ

RIEUNAU *Suppléant*

TOULOUSE

IMPRIMERIE CLÉDER

28, RUE DE LA POMME, 28

1947

LIPOMES SOUS-APONEVROTIQUES BÉNINS DE LA CUISSE

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1947 N° 6

LIPOMES SOUS-APONEVROTIQUES BÉNINS DE LA CUISSE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Présentée et soutenue publiquement en Mars 1947

PAR

MARC JACOBSOHN

Né le 17 février 1911, à Husi (Roumanie)

MEMBRES DU JURY

MM. BOULARAN — *Président*

MOREL, VIRENQUE, R. DIEULAFÉ — *Assesseurs*

RIEUNAU — *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE CLÉDER
28, RUE DE LA POMME, 28

1947

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. CALVET.
ASSESSEUR	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER.
	GORSE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DALOUS	MM. RISPAL	MM. MOOG	MM. MAURIN
ESCAT	LAFFORGUE	MERIEL	RIBAUT
	ARGAUD	CAUBET	SERR

PROFESSEURS

Anatomie	MM. CLERMONT
	VALLOIS
Clinique médicale	TAPIE (J.)
	ROQUES.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOULARAN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL.
Clinique de neurologie et de psychiatrie	RISER.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES.
Physique biologique et médicale	BUGNARD.
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.).
Pharmacie	CAUJOLLE.
Matière médicale	VINCENT
Clinique obstétricale	GARIPUY.
Physiologie	SOULA.
Clinique chirurgicale et du Cancer	DUCUING.
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Histoire naturelle	DELAS.
Médecine légale et Déontologie	PLANQUES
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU.
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique O.R.L. et de chirurgie macillo-faciale	CALVET
Chimie biologique	MONNIER (P.)
Histologie et Embryologie	N...
Pathologie interne	MOREL

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	BAISSET
Obstétrique	GUILHEM

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sage-femmes	MM. GARIPUY.
Cours d'anatomie physiologique et pathologie élémentaire aux élèves sages-femmes	GUILHEM.
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.).
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC.
Odonto-Stomatologie	CADENAT.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et Syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET.
Microbiologie et hygiène pharmaceutique	BOUISSET.
Clinique de la Tuberculose	MOREL
Neuro-chirurgie	LAZORTHES.
Parasitologie	LASSERRE
Botanique et Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU.
Chimie analytique	MM. BLANC.
Hydrologie et géologie	ASTRE.
Médecine Sociale et du Travail et Assurances Sociales	BOUNHOURE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS.
Pharmacodynamie	BOUNHOURE
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE
Clinique O.R.L.	CLAUX
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.)
Urologie	LHEZ

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Histologie	MM. BROUSSY
	GADRAT
	DARNAUD
Médecine	GERAUD
	DARDENNE
	LAPORTE
Anatomie	LAZORTHES
	VIRENQUE
	GRIMOUD
Chirurgie	RIEUNAU
	DIEULAFE
	DAMBRIN (P.)
Physique médicale	MARQUES
Chimie médicale	VALDIGUIE (P.)
Chimie générale phamaceutique	BLANC
Pharmacie	COUTURIER
Ophtalmologie	DEODATI
Histoire naturelle et pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU
Secrétaire de la Faculté	DUCROS

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891)

A MON PERE ET A MA MERE

Témoignage de profonde reconnaissance et grande affection.

A MES FRERES ET BELLES-SŒURS

Témoignage d'amour fraternel.

AUX MIENS

A Mademoiselle NOLAN

Témoignage de sincère amitié.

A Monsieur le Docteur MEROVICI

Preuve de profonde reconnaissance.

A Monsieur Jean d'ALIGNY

En témoignage de l'amitié des années de la Résistance du Château d'Esquiré et de la Déportation.

A Madame et Monsieur Jean BEGUE

Témoignage de reconnaissance et d'amitié.

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur Georges GHERTESTEIN

Témoignage de vieille et indéfectible amitié.

A LA MEMOIRE

DE MES CONFRERES

ET DE MES CAMARADES

DE DEPORTATION

EXTERMINES DANS LES CAMPS

ALLEMANDS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur BOULARAN

Professeur de Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Chevalier de la Légion d'Honneur

Avec les sentiments de respectueuse reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON JURY DE THESE

Monsieur le Professeur L. MOREL

Professeur de Pathologie interne

Monsieur le Professeur VIRENQUE

Professeur agrégé à la Faculté

Monsieur le Professeur R. DIEULAFE

Professeur agrégé à la Faculté

Monsieur le Professeur RIEUNAU

Professeur agrégé à la Faculté

Avant-propos

Il y aura bientôt deux ans qu'une longue et terrible guerre s'est terminée.

Un pays, l'Allemagne, poussant et multipliant la cruauté au delà de l'imaginable, employant les moyens les plus barbares au défi des lois de la guerre, a exterminé des innombrables millions de vies humaines.

Bientôt deux ans que les fours crématoires de ce pays qui voulait imposer sa « culture » se sont éteints; que leurs hautes cheminées ont cessé d'exhaler la fumée des millions d'être gazés et brûlés dans ses camps de concentration.

En ce jour, où je prête le solennel serment de médecin, je pense au bon nombre des médecins allemands dont la tâche aurait dû être la sauvegarde de la vie des déportés dans les camps où ces médecins professaient.

Je pense à la honte dont ces médecins se sont couverts en ordonnant ou exécutant eux-mêmes au nom de la Science les terribles expériences sur les cobayes humains sans défense. Ces médecins qui ont failli à leur premier devoir : soigner et soulager les souffrances humaines, qui ont piétiné le serment qu'un jour ils avaient prêté.

Je manquerais à la mémoire des millions d'hommes, femmes et enfants, exterminés par les maladies « naturelles » qu'on ne soignait pas, ou « expérimen-

tales » qu'on leur donnait volontairement, si aujourd'hui, à mon serment, je n'associais pas ce modeste témoignage qui souligne et flétrit l'affreuse responsabilité des nommés médecins dans ces exterminations.

Camarade de déportation des 250.000 Français exterminés dans les camps allemands, des médecins français morts dans des souffrances morales et physiques jamais soulagées, j'aurai, ceci faisant, honoré leur mémoire.

C'est à Eux que ma pensée recueillie va aujourd'hui.

Introduction

L'étude des lipomes sous-aponévrotiques des membres est une vieille question de pathologie.

Lorsqu'il s'agit de faire une étude et une classification de ces tumeurs variées, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique, on rencontre une grande difficulté et une grande confusion.

Néanmoins, on trouve beaucoup d'observations tout à fait nettes de lipomes sous-aponévrotiques des membres, de caractère parfaitement bénin.

Les lipomes sous-aponévrotiques bénins de la cuisse, sont le type de ces lésions que l'on dit exceptionnelles, dont la rareté est plus apparente que réelle et dont on trouve un peu partout des exemples.

Porter ferme le diagnostic de ces tumeurs, savoir discriminer leur bénignité malgré une évolution parfois rapide, propre aux tumeurs malignes et par là même à pronostic trompeur, est d'une grande importance. C'est éviter souvent des inutiles sacrifices opératoires et mutilants.

C'est l'observation d'un malade opéré par M. le Professeur agrégé Raymond Dieulafé, pour un lipome sous-aponévrotique de la cuisse à caractère bénin confirmé par l'examen histologique et la guérison après plus de deux ans, ainsi que plusieurs autres observa-

tions, que nous avons pu retrouver dans diverses publications, qui nous a servi de base dans l'étude d'ensemble des tumeurs dont notre thèse est le sujet.

Que M. le Professeur agrégé Raymond Dieulafé veuille bien trouver ici notre vive reconnaissance pour la bienveillance de nous avoir inspiré le sujet de cette thèse et les conseils qu'il nous a prodigués au cours de cette étude.

Historique

Les lipomes ou tumeurs graisseuses sont connues depuis l'antiquité; HIPOCRATE et CELSE les mentionnaient, mais sans les différencier des autres tumeurs et abcès.

Au début du siècle dernier, leurs caractères distinctifs ne sont pas nettement établis et MONFALCON, en 1818, dans le *Dictionnaire des Sciences Médicales*, les range dans la grande catégorie des « loupes » à côté des kystes sébacés, des chalazions et des ganglions tuméfiés. Il semble qu'HEYFELDER ait le premier, en 1842, étudié les lipomes profonds, sous-aponévrotiques des membres.

CRUVEILHER, en 1856, déclare que les « Adipomes » peuvent se produire dans le tissu cellulaire intermusculaire et très rarement dans l'épaisseur des muscles eux-mêmes. La rareté des lipomes intra-musculaires est constatée en 1866 par DESPRÉS dans sa thèse.

Dès 1774, le chirurgien LOUIS signale l'existence de lipomes intramusculaires, mais au niveau de la langue.

En 1853, PAGET publie le premier cas de lipome intramusculaire des muscles de la vie de relation, développé au niveau du muscle trapèze.

A partir de cette époque, les travaux sur les lipomes se succèdent. Ce sont les tumeurs d'origine périostique et les tumeurs multiples symétriques qui font l'objet principal des recherches.

Viennois en 1864, Poncet en 1876 et en 1896, dans la thèse qu'il inspire à Clerc sur les « Lipomes myxomateux de la cuisse », étudient les lipomes intermusculaires de la cuisse.

Thévenot et Patel dans la *Gazette des Hôpitaux* de juin 1901, publient une étude sur le « Myxolipome de la cuisse ».

En 1886, Ribet, dans sa thèse, rapporte neuf faits dont six concernent les muscles de la vie de relation.

Pollosson, Tedenat, s'occupent de cette variété de lipomes.

Fourdinier, de Lille, rapporte l'observation d'un lipome intramusculaire de la cuisse rencontré dans le service de clinique chirurgicale du Professeur Duret. Dans la littérature allemande, on trouve une étude exacte des lipomes intramusculaires.

Kutner, en 1912, rassemblait vingt-sept cas de lipomes intramusculaires.

En 1905-1906, Schwartz et Chevrier, dans la *Revue de Chirurgie*, en rapportant de nombreuses observations, font une étude des lipomes périostiques et ostéopériostiques dont quelques-uns siégeant à la cuisse.

Jean Fournials, dans sa thèse de 1923 sur les lipomes intramusculaires, réunit trente-deux cas dont quinze affectant les différents muscles du membre inférieur.

En 1925 E. Pollosson, dans sa thèse de Lyon « Contribution à l'étude des tumeurs des parties molles de la cuisse », fait une étude approfondie de cette question.

En 1927 Schulte et Robb, en 1928 Angeletti, publient des observations de lipomes sous-aponévrotiques de la cuisse.

A Lyon, entre 1925 et 1938, les publications et les discussions sont fréquentes à ce sujet.

Plus récemment, HUET, dans un article paru dans le *Journal de Chirurgie*, 1938, rapporte une observation de MONDOR sur un lipome pur de la coulée fémorale.

P. MOULONGUET, dans les *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, numéros 16 et 17, 1946, publie trois observations de lipomes sous-aponévrotiques purs, dont un de la cuisse.

Anatomie-Pathologique

Le tissu de substance conjonctive commune, proprement dite, est un tissu de remplissage, de conjonction et de soutien interposé entre les différents organes et s'infiltre dans l'intimité même de leurs éléments constitutifs.

Le tissu conjonctif des membres se répartit en une couche superficielle sous-cutanée et une couche profonde, dite intermédiaire. L'aponévrose d'enveloppe superficielle du membre constitue la limite de séparation convenue. On a donc d'un côté, une couche uniforme plus ou moins développée de tissu conjonctif sous-cutané, et de l'autre une couche de tissu analogue, couche épaisse, dispersée irrégulièrement entre les divers éléments du membre.

Au tissu conjonctif sous-cutané répondent les tumeurs superficielles; au tissu conjonctif intermédiaire, les tumeurs profondes. Les tumeurs superficielles et les tumeurs profondes des membres se développent en somme dans le tissu cellulaire. La diffusion très grande du tissu conjonctif dans un membre explique les sièges si variés des tumeurs qui en dérivent. Ce tissu de conjonction adapté à ses fonctions, revêt, à l'état normal, les formes les plus variées. Les tumeurs qui en dérivent ont également cette diversité d'aspect. Le tissu conjonctif se compose de deux éléments: la cellule conjonctive et la substance interstitielle, cette dernière substance

fondamentale conjonctive, caractérisée par le fait qu'elle renferme du collagène. Ce qui donne au tissu conjonctif son individualité, c'est la nature chimique de la substance interstitielle. Celle-ci peut contenir, suivant certaines conditions, suivant certains besoins, de l'élastine, de la matière cartilagineuse, des sels calcaires ou de la graisse. Ce sont eux qui créent des différences et des types de tissu conjonctif. C'est une différence de densité, de consistance, une différence histochimique qu'on retrouve dans les tumeurs qui en proviennent.

La classification anatomo-pathologique des tumeurs des parties molles des membres peut donc se résumer à quatre catégories principales: les lipomes, les fibromes, les myxomes et les sarcomes.

Dans une même tumeur, ces tissus divers peuvent s'associer dans des proportions variables aboutissant à des tumeurs de nature et d'appellation complexes.

Un des éléments du tissu conjonctif est formé par la graisse. Les lipomes sous-aponévrotiques bénins de la cuisse en proviennent.

« Le lipome est une tumeur constituée par du tissu adipeux; une production nouvelle de tissu adipeux disposé sous forme de masse circonscrite et n'ayant aucune tendance à disparaître spontanément constituera une tumeur lipomateuse » (L. Tripier).

C'est une formation conjonctive graisseuse adulte, essentiellement bénigne; une prolifération de cellules graisseuses normales provenant de tissu adipeux préexistant dans une région.

Il y a métaplasie d'une cellule normale qui, se divisant, va former une tumeur bien localisée et encapsulée. Les éléments néoplasiques ont évolué vers un état qui les rapproche de plus en plus de la formation

adulte, et l'on sait que les tumeurs sont d'autant plus bénignes que leurs éléments se rapportent à un ordre de tissu plus élevé.

Le lipome diffère d'une simple accumulation de graisse parce qu'il a une « vitalité indépendante de l'organisme. Et cette vitalité est démontrée par ce fait qu'un individu, porteur d'un lipome et qui maigrit, ne voit pas sa tumeur diminuer de volume, tandis qu'il n'en est pas de même pour les autres productions de tissu adipeux » (Cornil et Ranvier).

A côté de ces tumeurs bien circonscrites, il en est dont la ligne de démarcation n'est pas appréciable et qui se confondent avec les tissus voisins: ce sont les lipomes diffus.

Contrairement à ce qui se passe pour les néo-formations adipeuses sous-cutanées dont le nombre est quelquefois considérable, il est rare de voir plusieurs lipomes sous-aponévrotiques chez le même sujet.

Etude macroscopique

Les lipomes sous-aponévrotiques de la cuisse, qu'ils soient intermusculaires, intramusculaires ou qu'ils adhèrent au squelette, se présentent sous la forme d'une masse assez régulièrement ovoïde et aux contours bien délimités. Ces caractères ne sauraient pas s'appliquer au lipome diffus. Dans le cas des lipomes périostiques, ils peuvent être sessiles ou étalés, se développant en surface, tout près de l'os auquel ils adhèrent, ou bien s'en éloigner et présenter un pédicule. Dans quelques cas, de la masse principale partent des prolongements qui infiltrent les espaces intermusculaires et sont une source de difficultés pendant l'intervention.

Le trait caractéristique du lipome est la lobulation.

Pour Delbet, « la raison de cette lobulation se trouve dans la disposition normale des vésicules graisseuses qui sont groupées en petits lobules qui conservent leur individualité primitive lorsqu'ils s'hyperplasient pour former un lipome ». On la perçoit au travers de la membrane d'enveloppe qui enserre la tumeur et en l'isolant permet l'énucléation, membrane due au tassement du tissu cellulaire qui environne le néoplasme.

Nette quand le lipome est petit, cette fine capsule, étirée durant l'accroissement progressif, apparaît comme un voile mince et fait même défaut par endroits lorsque la masse grossit, permettant ainsi des adhérences secondaires. Elle ne saurait envelopper des proliférations qui s'insinuent quelquefois dans les intervalles musculaires. Cet envahissement par des bras appartenant à la tumeur n'a rien de comparable à l'infiltration que l'on rencontre dans les tumeurs malignes. Ces masses secondaires peuvent occuper le même plan anatomique ou des plans anatomiques différents. Dans le cas de lipomes intramusculaires, les pseudopodes lipomateux, s'insinuent entre les fibres musculaires sans les détruire ni les altérer.

Depuis la grosseur d'une noisette jusqu'à celle d'une tête d'adulte toutes les dimensions ont été signalées par les auteurs. Au niveau du membre inférieur, les tumeurs de cette nature atteignent souvent de gros volumes. Ce sont des cas de plus en plus rares. Grâce à l'éducation de la foule, les opérations se pratiquent de plus en plus précocement.

La consistance des lipomes sous-aponévrotiques de la cuisse donne le plus souvent la sensation de mollesse caractéristique, quelquefois de fausse fluctuation. Dans d'autres cas la présence des travées conjonctives fibreuses, donneront à la palpation une sensation de rénitence. Lorsque le lipome est périostique, les points d'adhérence sont fibreux.

Vus en coupe, ils présentent une coloration jaune particulière aux vésicules adipeuses, modifiée par endroits s'il se produit dans la masse des altérations de nature diverse. Des tractus conjonctivo-vasculaires blanchâtres étayent le tissu. Sur les coupes on voit parfois des traînées rougeâtres présentant des fibres musculaires. On les trouve à la périphérie quand la tumeur adhérait aux muscles voisins et qu'elle n'a pu être énucléée commodément.

Etude microscopique :

Le lipome ne diffère pas seulement du tissu adipeux ordinaire par son individualité évidente, mais encore par sa structure interne. Comme le dit TRIPIER, il a « dans sa constitution, non une similitude avec le tissu sain, mais seulement une analogie plus ou moins grande; on trouve des différences dans l'arrangement des vaisseaux, la disposition des cellules... l'apparente similitude sera d'autant plus prononcée que le développement sera plus lent ».

« Le lipome se distingue du tissu normal par une charpente fibreuse épaisse, qui renferme plus de vaisseaux, par des productions cellulaires plus abondantes dans toutes les parties constituantes du tissu, principalement sur les travées fibreuses et le long des vaisseaux; enfin, les vésicules adipeuses sont plus ou moins augmentées de volume ».

Les lipomes sont constitués par des cellules graisseuses, en général très tassées les unes contre les autres, polyédriques par pression réciproque, dont le volume est plus irrégulier et plus grand que celui des cellules normales. Leur noyau refoulé à la périphérie est aplati et occupe, comme l'a montré CHAMPY, le centre du

cytoplasme. Ces diverses cellules sont entourées par une résille de fibres collagènes formant des travées et se réunissant à la périphérie pour englober la formation dans une coque conjonctive plus ou moins dense, qui est elle-même richement parcourue par des vaisseaux dont les ramifications vont irriguer les travées conjonctives. Ces caractères appartiennent aux lipomes purs bénins dont nous faisons l'étude. Mais nous devons noter que suivant la prépondérance d'un des éléments constitutifs, on peut observer plusieurs variétés. La trame conjonctivo-vasculaire est-elle plus épaisse, le lipome a alors une consistance plus ferme, un aspect blanchâtre, résistant à la coupe, lipome fibreux ou fibrolipome. Ailleurs, la coupe présente des zones claires, d'apparence gélatineuse, où les cellules prennent un aspect étoilé au milieu d'un stroma hyalin, caractères propres au tissu muqueux, sorte de dégénérescence myxoïde du tissu cellulo-adipeux. Toutes ces variétés de lipomes ont des interprétations histologiques différentes, Brault attribue aux différents lipomes la même bénignité. D'après Broca, la présence de tissu muqueux dans le lipome est un signe d'accroissement rapide. Selon Wohlgemuth, un stade de dégénérescence vers le sarcome. D'après Thibaudeau et Kress, l'apparition du mucus dans les néoplasmes conjonctifs n'a qu'une signification secondaire et médiocre. Troubles circulatoires d'après E. Pollosson, mais dont la présence ne modifie ni la nature, ni l'évolution des tumeurs.

Siège. Rapports. Lésions de voisinage :

Le diagnostic du siège du lipome sous-aponévrotique présente maintes difficultés. Le malade, interrogé, déclare qu'à un moment donné, il a perçu dans

la profondeur une tuméfaction: l'origine sous-cutanée n'est donc pas à envisager. A l'examen on se rend compte qu'elle est mobile lorsque le membre est au repos, mais que, par contre, la contraction musculaire la fige dans sa position; à ce stade il y a lieu de faire le diagnostic et la distinction entre le lipome intermusculaire, intramusculaire et périostique.

Les lipomes intramusculaires sont ou paraissent être développés au sein même des muscles, donnant même l'impression de le faire aux dépens du muscle. Mais la tumeur en réalité est indépendante du tissu musculaire qui la contient et qu'elle imprègne. Qu'elle est l'origine exacte de ces lipomes musculaires? Il est probable que c'est le tissu cellulaire des gaines vasculo-nerveuses ramifiées au milieu des muscles. Histologiquement, les fibres musculaires se montrent dissociées, repoussées, comprimées, mais elles ne prennent aucune part active à la néoplasie, ne forment pas de cellules tumorales. Il s'agit d'une localisation d'une tumeur conjonctive graisseuse dans un muscle.

A côté du lipome qui évolue dans les muscles, il y en a qui se développent aux dépens du tissu adipeux intermusculaire. Les lipomes intermusculaires se développent vers des points de moindre résistance en s'insinuant dans les intestins naturels, de préférence en suivant le trajet facile des loges vasculo-nerveuses.

Il existe quelques exemples de lipomes vrais des gaines des gros vaisseaux, plus rares que les sarcomes nés de ces mêmes gaines vasculaires, mais indiscutables, telle l'observation de Mondor, publiée par Huet, et que nous citons. Pour d'autres, l'origine exacte de ces lipomes intermusculaires est impossible de préciser, leur énucléation ne révélant aucune zone d'adhérence. Parfois, ces vaisseaux sont englobés dans la tumeur, rendant l'extirpation plus délicate. Les vaisseaux s'ac-

commodent facilement de ce voisinage; les signes subjectifs et objectifs du malade ne révèlent aucune gêne importante dans le fonctionnement. Les adhérences avec les troncs vasculaires et nerveux sont rares, d'où absence de phénomènes douloureux et œdème.

Reste à présent à envisager les lipomes périostiques et ostéopériostiques. Ils sont caractérisés par leur adhérence au squelette de la cuisse. Les lipomes ostéopériostiques, c'est-à-dire infiltrant l'os, sont très rares. Presque toujours le lipome se fixe seulement sur le périoste. Dans cette catégorie, il nous faut distinguer deux variétés: les lipomes qui sont primitivement adhérents au périoste, dont le point de départ est le périoste, et ceux qui adhèrent secondairement au périoste, leur point de départ étant autre que le périoste.

Lorsque le lipome sous-aponévrotique poursuit son développement, la masse née dans un interstice, écarte les muscles qui s'opposent à sa poussée vers les téguments; arrêtée par le squelette, elle peut contracter avec le périoste des adhérences. On ne peut pas pour cela affirmer l'origine périostique de la tumeur. L'irritation continuelle suffit pour amener la formation de ces adhérences secondaires qui sont souvent multiples et peu serriées.

Au contraire, les lipomes périostiques primitifs ont leur point de départ au niveau du périoste même et ce n'est qu'au cours du développement progressif qu'il viendra s'insinuer entre les différentes parties molles de la cuisse. Leur implantation périostique véritable est souvent très forte au moyen d'un pédicule fibreux qui se continue avec le périoste. L'observation du malade opéré par M. le Professeur agrégé Raymond Dieulafé paraît se ranger dans cette catégorie.

Néanmoins, la distinction entre ces deux variétés est souvent malaisée à faire. Au niveau des zones

d'adhérence des lipomes périostiques on trouve souvent des réactions osseuses: hyperplasies, exostoses. Dans certains cas par pression la tumeur peut déterminer de l'atrophie osseuse ou des troubles vasculaires périostiques.

Tous les lipomes sous-aponévrotiques, lorsque leur développement devient excessif, la loge aponévrotique subissant leur poussée, pourront arriver jusqu'au tégument superficiel sans toutefois l'altérer visiblement. La peau ne présente pas de modifications, elle glisse facilement sur la masse sous-jacente à laquelle elle n'adhère qu'exceptionnellement à l'occasion de traumatismes ou d'interventions.

Etiologie - Pathogénie

L'étiologie des tumeurs qui font le sujet de notre thèse est aussi obscure que celle de toutes les tumeurs en général.

Diverses théories anciennes ou récentes s'affrontent sans apporter des solutions absolues sur le processus qui les engendre.

Causes prédisposantes :

Le sexe semble à peu près indifférent pour leur développement. Les différentes statistiques sont contradictoires. D'après GROSH, les femmes fournissent un plus fort contingent; selon PÉRÉ, les lipomes intramusculaires sont deux fois plus fréquents chez la femme que chez l'homme. THÉVENOT et PATEL concluent à l'égalité de fréquence dans les deux sexes.

Les lipomes sous-aponévrotiques se voient à tous les âges. Les lipomes périostiques ont été assez souvent observés à la naissance, quelquefois dans la première enfance ou l'adolescence, mais aussi chez les gens âgés. Quand le lipome est observé et s'est développé dans le jeune âge, on doit admettre qu'il est congénital.

Les lipomes inter ou intramusculaires affectent de préférence l'âge mûr et la vieillesse. L'âge optimum paraît être de 40 à 50 ans et pour la cuisse ils sont plus fréquents après cette époque. Faut-il incriminer le ralentissement de la nutrition qui se produit à cet âge?

Comment expliquer alors les néoformations adipeuses présentées par les jeunes enfants et qualifiées de congénitales par opposition aux tumeurs acquises de l'adulte?

Une autre cause invoquée par de nombreux malades c'est le traumatisme. Un choc a été souvent considéré comme le point de départ de la tumeur, et certains auteurs lui attribuent un rôle capital, tels les deux malades des observations de CHAVANNAZ et JALAGUIER que nous citons. En général, toute région du corps qui, par sa situation et ses fonctions est exposée à l'action des agents vulnérants, est par là même toute prête à l'atteinte morbide.

D'autres auteurs nient l'influence de la contusion et, pour eux, le choc ne fait qu'attirer l'attention des malades, leur dévoile l'existence d'une tumeur. Pour VELPEAU « la violence a été l'occasion et non la cause du mal ». D'après la théorie de RIBET se basant sur les idées de WIRCHOW, une des causes les plus fréquentes de la production de lipome intramusculaire c'est la pression lente et répétée du tissu cellulaire au moment de la contraction musculaire.

Certains auteurs frappés par la coïncidence qui existe parfois entre la lipomatose intramusculaire et certaines affections médullaires, ont invoqué une théorie nerveuse.

Causes déterminantes :

Les causes que nous venons d'énumérer ne font tout au plus que déclancher le mécanisme qui provoque la formation de la tumeur. L'agent efficient qui donne naissance aux lipomes est aussi inconnu que celui qui est à la base du développement de toutes les tumeurs en général.

Pour Wirchow, l'hérédité est un gros facteur. Reclus cite un sujet dont le père et la mère étaient atteints de lipomes. Féré a observé un lipome symétrique familial (*Revue de Chirurgie*, 1900-III).

Le fait que les lipomes sont quelquefois multiples et se montrent dans certains cas à la naissance, a fait penser à certains auteurs qu'il fallait attribuer leur formation à un trouble général de la nutrition. C'est l'origine de la théorie diathésique défendue par Cruveilher, Verneuil et Broca; pour eux, ce serait une manifestation arthritique. La fragilité de cette hypothèse est démontrée par ce fait que l'effet diathésique ne se continue pas après l'extirpation du lipome, ne récidive et ne se généralise point.

Pourquoi lorsqu'un homme porteur de lipome maigrit, les lipomes ne s'atrophient pas dans la même mesure que le reste du tissu adipeux.

Se basant sur des notions anatomo-pathologiques, Delbet et Quenu admettent qu'une vascularisation anormale joue un rôle capital dans l'étiologie du lipome. Il a à sa base « la production d'un tissu embryonnaire et une néoformation de vaisseaux; cette espèce de vascularisation transitoire devient un terrain favorable au même titre qu'un nœvus au développement exagéré du tissu adipeux » (Quenu).

Delbet a observé que le tissu lipomateux se développait fréquemment dans les angiomes; il a remarqué aussi que les tissus chroniquement enflammés étaient le siège d'une abondante néoformation vasculaire. En faisant le rapprochement de ces deux observations, il a été amené à se demander si la vascularisation anormale ne joue pas un rôle capital dans la production des lipomes.

Pour Lannelongue et Sénac, c'est d'un angiome dégénéré que provient souvent le lipome. C'est par ce

processus que le traumatisme pourrait peut être avoir sa part dans la production de ces tumeurs. Un choc donne lieu à un épanchement sanguin dans les tissus; le caillot en s'organisant et progressivement envahi par des néoformations vasculaires, donne naissance par dégénérescence graisseuse à des amas de cellules graisseuses.

Les troubles vasculaires peuvent relever encore de l'inflammation congestive. Ceci est surtout vrai pour les lipomes périostiques primitifs. La vascularisation du périoste est toujours intense à cause de son rôle très important dans la formation des os. Ces fonctions nutritives et génératrices sont le plus actives pendant l'enfance et la période de croissance, mais elles existent pendant toute la durée de la vie. On connaît l'activité extraordinaire de la moelle osseuse qui vient jusque sous le périoste au cours de toutes les infections. Cette activité se traduit par des localisations infectieuses au niveau des os. Cette infection peut être très atténuée, localisée, nodulaire en quelque sorte. Cette inflammation nodulaire, superficielle par les troubles vasculaires qui l'accompagnent, pourra déterminer la formation d'amas lipomateux: le lipome périostique sera né.

En somme, toutes les causes d'origine inflammatoire, traumatique ou congénitale capables de produire une vascularisation anormale, peuvent favoriser le développement des lipomes sous-aponévrotiques.

Symptomatologie

Le développement du lipome sous-aponévrotique bénin de la cuisse est généralement insidieux: le malade ne découvre sa tumeur que lorsque son volume amène une gêne appréciable. Certains sont des trouvailles d'autopsie chez des sujets entrés à l'hôpital pour une toute autre affection. Toute la symptomatologie dépend des caractères anatomo-pathologiques et varie avec eux. D'une manière générale, à part quelques symptômes qui guident pour le diagnostic, on peut dire que beaucoup ont de nombreux traits communs avec les autres tumeurs.

Signes fonctionnels :

a) *Douleurs:* Bien que les nerfs et les vaisseaux soient souvent en contact intime avec la tumeur, ils ne paraissent pas souffrir beaucoup des déplacements et des tiraillements auxquels ils sont exposés. Certains lipomes, même peu volumineux, sont douloureux à la pression et sont même parfois le siège de douleurs spontanées. Néanmoins, l'élément douleur ne joue en général qu'un rôle accessoire. Le sujet éprouve surtout une sensation de gêne, de distension, de pesanteur, que de douleur véritable.

Les tumeurs ne sont pas douloureuses par elles-mêmes, mais seulement par les phénomènes de com-

pression nerveuse qu'elles peuvent déterminer dans le voisinage; or, le lipome étant composé par des éléments très compressibles, la gêne des tissus environnants est très minime et la douleur presque nulle.

b) *Gêne de mouvements:* Il n'y a de la gêne dans les mouvements des muscles et les fonctions du membre que lorsque la tumeur a déjà acquis un volume assez important. Néanmoins, c'est la première sensation que le sujet éprouve, sensation diffuse de gêne dans le groupe musculaire affecté.

Et souvent, c'est ce léger trouble fonctionnel qui incite le malade à aller trouver le médecin.

Signes physiques :

a) *Aspect, forme:* De forme oblongue, à grand diamètre, parallèle à l'axe du membre, bien circonscrit, présentant des lobulations à sa surface, tel apparaît le lipome intermusculaire. Lorsqu'il s'agit du lipome intramusculaire, il siège le plus souvent très profondément à l'intérieur du corps musculaire; les bandes musculaires qui bridents en avant la tumeur, gênent beaucoup l'examen clinique. Quant au lipome périostique, il se différencie par son adhérence à un point quelconque du squelette.

b) *Volume:* Le volume est très variable, tantôt de la grosseur d'une amande, d'un œuf de poule, tantôt de celle d'un poing, il peut acquérir souvent d'assez grandes dimensions.

c) *Consistance:* C'est en palpant le lipome que l'on peut apprécier ses caractères de tumeur adipeuse. Au travers de la peau sa texture peut être nettement perçue avec ses lobulations caractéristiques. Lorsque

la trame celluleuse est développée, la consistance est plus ferme, rénitente. Le plus souvent, au contraire, cette trame est peu développée et le lipome donne l'impression d'une masse molle, fluctuante. Pour percevoir cette pseudo-fluctuation, Broca conseille de pratiquer la manœuvre classique dans le sens de la largeur et de la longueur; l'étude comparative permet de voir que la fausse fluctuation se fait très rarement sentir également dans toutes les directions. En somme, élasticité et résistance, mollesse et fluctuation, selon que le tissu cellulo-fibreux est plus ou moins développé. L'exploration digitale permet encore de reconnaître les limites du lipome, ses rapports avec les tissus voisins, ses adhérences. L'indépendance du lipome permet de le mobiliser dans sa loge: il se laisse déplacer, surtout transversalement, au milieu des muscles relâchés, lorsque le membre est au repos; mais lorsque la sangle musculaire qui l'enserre se tend, il est le plus souvent fixé.

La recherche de ce symptôme n'est pas praticable lorsque la tumeur est complètement lâchée par l'appareil musculaire.

Le stéthoscope a permis d'entendre au niveau des lipomes intermusculaires de la cuisse des battements et des souffles, dûs au voisinage des vaisseaux et non à la nature télangiectasique de la néoformation. La peau peut être plus ou moins distendue, mais conserve toujours ses caractères normaux. Quelquefois, on a observé une circulation veineuse collatérale dans les cas des tumeurs volumineuses. Tous ces caractères cliniques varient suivant que le lipome est intra ou intermusculaire, périostique; suivant que les muscles sont en état de contraction ou de relâchement, suivant que la tumeur est plus ou moins profonde.

Signes radiologiques :

Le diagnostic des lipomes profonds est parfois rendu évident par la radiographie. Le lipome donne une image claire, transparente et tranchant sur la pénombre des masses musculaires. M. P. MOULONGUET, dans le rapport publié dans les *Mémoires de l'Académie de Chirurgie* (16 et 17, 1946), insiste sur ce signe qui a déjà été noté par BUFFALINI et REUSS. Dans le cas de lipomes périostiques, la radiographie pourra nous renseigner sur la nature et le degré d'adhérence du lipome au squelette et sur les modifications osseuses qui peuvent exister.

Symptômes généraux :

L'état général n'est jamais influencé par un lipome sous-aponévrotique bénin à évolution normale. Le lipome ne provoque jamais d'adénopathie. L'amaigrissement, des troubles digestifs, ont été parfois signalés, de la fièvre même; le volume du lipome, son évolution rapide ou le jeune âge du sujet ont été incriminés.

En résumé, les lipomes sous-aponévrotiques bénins de la cuisse se présentent avec une symptomatologie vague, avec des caractères physiques variables, dont aucun n'est pathognomonique et le diagnostic ne peut être fait que par la réunion de quelques-uns des caractères que nous avons énoncés, et l'absence des signes importants appartenant à d'autres affections sur lesquels nous allons insister au chapitre du diagnostic différentiel.

Diagnostic

Nous avons vu dans le chapitre précédent combien la symptomatologie des lipomes sous-aponévrotiques bénins de la cuisse est vague; combien leurs signes physiques sont variables. Il s'ensuit par voie de conséquence des difficultés qui peuvent dérouter le praticien lorsqu'il doit élaborer et préciser le diagnostic de ces tumeurs.

Diagnostic de siège :

Le premier élément de diagnostic à préciser et la première difficulté, est celui de la situation exacte de la tumeur, à savoir si la tumeur est sus ou sous-aponévrotique. Dans le cas de lipome peu volumineux il est en général aisé de dire s'il siège au-dessus ou au-dessous de l'aponévrose. Au contraire, lorsque le malade vient consulter pour une tumeur déjà volumineuse et gênante, le volume est souvent tel que l'aponévrose est distendue et amincie au devant de la masse graisseuse, à tel point qu'il est impossible de se rendre compte de sa présence et d'affirmer qu'elle sépare encore la masse de la peau.

L'adhérence aux plans profonds, l'impossibilité de l'extérioriser, les alternatives de mobilité et de fixité de la tumeur suivant l'état de relâchement ou de con-

traction des muscles, indiquent son origine sous-aponévrotique.

Une fois ce point essentiel acquis, il reste encore un diagnostic des plus intéressants à préciser: le lipome est-il inter ou intramusculaire, est-il adhérent au squelette ?

« On peut reconnaître qu'une tumeur est liée à un muscle par les variations de mobilité, de fixité qu'elle présente selon que les fibres charnues qui l'emprisonnent sont dans le relâchement ou dans un état de contraction qui les rend tout à fait fixes et rigides ». Ce caractère n'est pas suffisant, car une masse peut être immobilisée par la contraction des muscles qui l'entourent sans qu'il soit nécessaire qu'elle siège dans un de ces muscles.

A. Berard et Denonvilliers ajoutent: « On peut même s'assurer que la tumeur n'est pas seulement adhérente au muscle, mais qu'elle se trouve placée dans son épaisseur, lorsque sa surface facile à explorer pendant l'état de repos, disparaît tout à coup et semble se cacher derrière les bandes résistantes, quand le muscle entre en contraction ». Ce signe est pathognomonique et, lorsqu'il existe, le diagnostic de tumeur intramusculaire peut être posé.

On se base sur le fait que les contractions musculaires n'immobilisent que partiellement la tumeur pour dire qu'elle n'est pas d'origine musculaire.

Dans la grande majorité des cas l'exploration ne donne pas de renseignements précis; seule l'intervention enlève les doutes.

Diagnostic différentiel

Après avoir établi le siège de la tumeur, il reste à établir un point capital du diagnostic: la nature de la tumeur.

D'autres affections sus ou sous-aponévrotiques peuvent donner les sensations et emprunter les signes que nous avons décrits comme étant généralement propres aux lipomes sous-aponévrotiques bénins de la cuisse. Avant de se prononcer pour des questions aussi importantes que le pronostic et le traitement, le praticien et le chirurgien devront éliminer par des signes que nous allons maintenant étudier, toute une série d'affections.

Il semblerait, au premier abord, que par des caractères spéciaux, indolence, évolution lente, tumeur lobulée, fluctuante ou pseudo-fluctuante, le diagnostic de lipome sous-aponévrotique bénin de la cuisse doive s'imposer. Que penser par exemple de l'évolution de l'affection, lorsqu'on la voit tantôt rester stationnaire pendant de nombreuses années, tantôt s'accroître rapidement en quelques semaines, tel le malade opéré par M. le Professeur agrégé DIEULAFÉ, ou le malade de l'observation JALAGUIER. Ceci nous prouve que dans maints cas il faudra adopter une extrême réserve et ne se prononcer qu'après avoir épuisé et écarté par des signes différentiels la plupart des affections néoplastiques.

Nous aurons à faire le diagnostic avec:

1°) Les accidents mécaniques;

2°) Les tumeurs liquides;

3°) Les tumeurs solides.

1°) **Accidents mécaniques :**

a) *La hernie musculaire* a un début caractérisé par une douleur avec sensation très nette de déchirure, dans le cas de hernie dite traumatique.

D'autres hernies, spontanées par leur marche lente, graduelle, s'échelonnant sur plusieurs mois, peuvent simuler plus complètement l'évolution d'une tumeur.

A l'examen, lors de la contraction musculaire, la tumeur herniaire disparaît, laissant à la place exacte qu'elle occupait une dépression parfois facilement perceptible, correspondant à la partie absente de la gaine aponévrotique. La manœuvre de la contraction ne donne pas du tout cette sensation dans le cas de tumeur vraie.

Une hernie musculaire vraie se caractérise par ce fait que dans l'attitude de repos, la tumeur est molle, réductible et le sujet perçoit le contour de la boutonnière qui lui livre passage. Dans la contraction du muscle rendue active par une résistance, la tuméfaction se réduit et s'affaisse; c'est l'inverse pour la pseudo-hernie par rupture. La distension passive du muscle par l'éloignement des points d'insertion fait disparaître la hernie. Rien de tout cela ne se produit avec le lipome sous-aponévrotique. Mais des cas de hernie musculaire irréductible peuvent se présenter et être diagnostiqués lipomes sous-aponévrotiques. Mais, dans la majorité des cas, la manœuvre de la contraction musculaire, rend plus nette, plus évidente, la tumeur réelle.

b) *Rupture musculaire:* Il arrive qu'à la suite de rupture assez étendue d'un muscle, la partie supérieure se contractant vers l'insertion proximale sous l'influence de la tonicité, se ramasse sur elle-même et grossit formant une véritable tumeur du tissu musculaire. Cette partie fait saillie à travers l'aponévrose ou sous l'aponévrose et semble d'autant plus volumineuse que la partie inférieure du muscle déchiré tend à s'atrophier. Dans ces cas, l'examen montre une diminution de la force musculaire par rapport au côté opposé sain. Dans certains cas, la rupture se faisant peu à peu, la tuméfaction augmente progressivement. Cette fausse hernie musculaire ressemble assez à la vraie hernie musculaire, pour ne pas prêter longtemps à confusion.

2°) **Tumeurs à contenu liquide :**

a) *L'hématome* récent est caractérisé par le traumatisme qui l'a causé, son début brusque, par les phénomènes douloureux qui l'accompagnent et l'échymose consécutive. L'examen met en évidence une tuméfaction pâteuse fusant sous les gaines musculaires.

L'hématome ancien peut s'enkyster et être pris pour une tumeur graisseuse, dont il est d'ailleurs quelquefois l'origine. La consistance augmentant à mesure que l'hématome vieillit est une notion d'une grande valeur diagnostique. Certains auteurs admettent la transformation possible d'hématomes en lipomes par un processus de dégénérescence graisseuse. Dans les cas très récents la ponction exploratrice peut être utile.

b) *Kystes:* Les kystes hidatiques des muscles et des coulées conjonctives sont bien connus (Marquet, Villegas, Ducournau, *Thèse Bordeaux*, 1935). Ce serait un tort de ne guère penser à l'échinoccocose de-

vant une tumeur des membres. Mais il sera très rarement confondu avec un lipome. Il est plus tendu, très dur et rien ne ressemble plus à une tumeur solide qu'un kyste hidatique musculaire au dire de DENONVILLIERS. Les cas où on peut percevoir la fluctuation et le frémissement pathognomonique sont rares et l'apanage des kystes volumineux. L'examen général du malade, la constatation d'un urticaire motivant une réaction de Weinberg et Parvu aura une grande valeur. C'est par les constatations opératoires qu'il sera le plus souvent reconnu à condition d'y songer et éviter d'inutiles mutilations autour de cette lésion.

c) *Abcès froid:* Des observations montrent que c'est un sujet d'erreurs fréquentes. Le diagnostic d'abcès froid a souvent été porté et la ponction exploratrice pratiquée dans des cas de lipome sous-aponévrotique. L'erreur inverse a été également commise. L'abcès froid débute et évolue sans douleur, son point de départ est souvent osseux; il s'immisce par conséquent entre les muscles profonds qu'il dissocie, se localise assez fréquemment dans la gaine d'un seul muscle. La réaction organique de défense enkystant la collection purulente, donne alors une fluctuation masquée par l'épaisseur de la coque fibreuse et les fibres musculaires sus-jacentes et simulant de la façon la plus parfaite la pseudo-fluctuation du lipome sous-aponévrotique. Généralement, l'abcès froid est moins bien limité car la tumeur graisseuse est en partie réductible. Les seuls moyens de diagnostic qui nous restent, sont ceux précieux mais infidèles, fournis par la constatation d'autres lésions tuberculeuses, tuberculose pulmonaire latente, adénopathie trachéo-bronchique, ganglions cervicaux, les antécédents héréditaires personnels. Souvent, la ponction exploratrice sera le seul moyen de diagnostic.

Broca et Delbet rapportent des faits nombreux de diagnostic de lipome où il s'agissait en réalité d'un abcès collecté ou l'inverse.

d) *Gomme syphilitique ramolie:* A ce stade, cette affection donne localement tout le tableau clinique d'abcès froid, mais infirmé par le syndrome humoral général.

3°) **Tumeurs solides :**

a) *Angiomes et tumeurs érectiles:* Dans plusieurs cas (Liston, Clarke), le diagnostic de lipome sous-aponévrotique fut fait au lieu et place de tumeur érectile. Il n'existait ni pulsations, ni bruits à l'auscultation, peut-être à cause d'une situation profonde dans l'épaisseur du muscle. Le diagnostic peut être fait par la réductibilité de la tumeur et la ponction exploratrice. Le problème est plus difficile lorsqu'il s'agit d'un lipome télangiéctasique, mélange de tissu graisseux et de vaisseaux anormalement développés. Ce sont des tumeurs généralement petites, très douloureuses. La palpation donne quelquefois une sensation de pelotons de ficelle irréguliers. Les angiomes profonds sont plus gros le soir que le matin. La radiographie peut y montrer des taches d'angiolithes.

b) *Les tumeurs bénignes des nerfs:* neurinomes, névromes plexiformes. Tixier insiste tout particulièrement sur la gravité extrême des exérèses de ces tumeurs nerveuses. Il a rapporté à la Société de Chirurgie de Lyon (1930) deux observations de morts rapides après de telles interventions. Il faut se souvenir que ces tumeurs sont souvent associées à d'autres malformations, réalisant le syndrome de Rechlinghausen. Au point de vue histologique ce ne sont pas des tumeurs conjonctives, mais épithéliales.

c) *Les tumeurs bénignes des tendons, gaines synoviales, bourses séreuses:* La plus fréquente est la tumeur à myéloplaxes des gaines tendineuses, étudiée par LECÈNE, formation bénigne. Les kystes synoviaux juxta-articulaires peuvent, s'ils sont de gros volume, être confondus avec les lipomes sous-aponévrotiques.

d) *Les fibrocytomes myxoïdes, les fibromes bénins, les tumeurs à myeloplaxes des muscles:* Ce sont des tumeurs le plus souvent intramusculaires, parfois volumineuses et de consistance ferme. Leur caractère principal est la bénignité.

e) *L'ostéome:* Un hématome, au lieu de se transformer en lipome, peut évoluer vers l'ostéome, comme dans les cas particuliers de l'ostéome des cavaliers, à la suite de rupture musculaire. Si la déchirure est un peu profonde, l'ostéome qui en dérive, voit sa consistance dure masquée par les fibres musculaires qui le recouvrent et il peut ressembler à un lipome intramusculaire. Confusion complétée par le manque de douleur à ce stade et troubles fonctionnels réduits à une simple gêne. En général, les tumeurs osseuses ont une consistance solide, se développent très rarement dans le corps des muscles, mais seulement vers leurs attaches.

f) *La tuberculose musculaire* peut se voir sous forme d'abcès et sous forme de myosite scléreuse. Le premier, noyau indolent ou tuméfaction fluctuante qui peut être volumineuse, est habituellement reconnu.

La myosite scléreuse ou cirrhose tuberculeuse de LANZ et de QUERVAIN et la myosite fongueuse non suppurée de MORESTIN, sont de diagnostic plus difficile: leur dureté, leur diffusion à tout un corps musculaire sont des caractères à retenir mais ne leur appartenant pas en propre. Toutes ces lésions peuvent se rencontrer chez des sujets qui ne sont pas notoirement tuberculeux. Il nous reste à discuter deux diagnostics importants,

syphilis et sarcome. Importants parce que dans un cas le traitement médical pourra guérir le malade, dans l'autre l'intervention chirurgicale devra être immédiate.

g) *Syphilis:* La gomme, manifestation tardive de la syphilis, met toujours plusieurs mois à se développer; elle fait son évolution d'une façon tout à fait torpide et indolore. Arrivée à une certaine dimension, elle présente quelquefois une période stationnaire pendant laquelle la confusion avec un lipome sous-aponévrotique est possible. Sa consistance plus ferme, son ramollissement progressif, son petit volume, doivent nous faire penser et inciter à la recherche des antécédents et des stigmates de spécificité; un traitement d'épreuve même amenant la certitude. Il est indispensable de faire tout ce qui est en son pouvoir pour éviter une intervention sanglante à un malade qu'un traitement antispécifique guérira d'une façon radicale. Dans tous les cas où le doute subsiste, le traitement d'épreuve devra être tenté; si, alors, la tumeur subsiste ou augmente, le diagnostic de syphilis pourra être écarté.

Dans le rapport présenté en 1938 au 47^{me} Congrès Français de Chirurgie, par MM. P. Moulonguet et E. Pollosson, nous trouvons deux exemples de malades qui illustrent bien ce que nous venons de dire sur les erreurs possibles entre lipome sous-aponévrotique et syphilis. Les deux malades étaient porteurs de tumeurs sous-aponévrotiques de la jambe et de la cuisse et pour lesquelles des interventions avaient été faites. A un des malades, lors de l'intervention, on a enlevé seulement la moitié de la tumeur. Le deuxième malade présentait une récidive d'une tumeur déjà opérée et pour laquelle on fit une biopsie. L'examen histologique dans les deux cas montra qu'il s'agissait de myosite syphilitique. Le traitement spécifique institué amena la guérison des deux malades.

h) *Sarcome:* Dans certains cas, si la tumeur prend une allure inquiétante par son développement rapide, on devra songer à l'existence d'un sarcome, ce qui nécessitera une intervention immédiate. Si le point de départ est osseux, la radiographie confirme un diagnostic que la tuméfaction en masse de la région avait fait pressentir. La marche foudroyante du sarcome, les douleurs qu'il provoque, l'altération de l'état général, la présence dans la masse des parties dures à côté de zones kystiques, la tendance à l'envahissement des tissus sont caractéristiques; l'hyperleucocytose révélée par l'examen du sang est aussi en faveur de la nature maligne de la tumeur. Tous ces signes permettent de distinguer du lipome sous-aponévrotique, le sarcome des parties molles, qui se prête plus à confusion que la tumeur osseuse, à cause de son siège et son point de départ. Il faut ajouter à ceci que le sarcome évolue souvent chez les jeunes sujets, que la peau qui le recouvre a une vascularisation abondante et subit des modifications importantes dans sa coloration et sa mobilité. Ces signes appartenant au sarcome sont quelquefois très atténués: chez le malade de M. le Professeur agrégé Dieulafé et celui de Jalaguier on pensa à une tumeur sarcomateuse à cause de l'évolution et l'accroissement rapide de la tumeur, seulement.

On peut distinguer les sarcomes des muscles à forme infiltrante, à limites irrégulières, à consistance variable, parfois molle, d'autres fois ferme. Ou la forme encapsulée la plus fréquente, le *rhabdomyome.* Le sarcome des coulées conjonctives ou intermusculaires, est une tumeur encapsulée, distincte de tous les tissus voisins. Au début, petite tumeur arrondie, mobile, d'aspect graisseux ou fibreux: sarcome fibroblastique, lipoblastique ou myxoïde. Du fait de son volume restreint, de son aspect, de son clivage facile, on a, à la vue,

estimé sa bénignité certaine. Ce n'est que l'évolution de la tumeur, l'examen histologique qui nous font penser au sarcome.

Nous voyons donc au terme de ce chapitre combien le diagnostic des lipomes sous-aponévrotiques bénins de la cuisse peut être délicat et poser des problèmes embarrassants. La ponction exploratrice fera justice des abcès froids; nous avons insisté sur le problème de la syphilis où il ne faut pas intervenir croyant à un lipome; le sarcome où si l'on fait encore ce diagnostic on risque par un retard fatal, de compromettre l'existence du malade; l'intervention rapide, en confirmant le diagnostic, permet d'émettre un excellent pronostic, en présence d'une tumeur adipeuse.

Evolution - Pronostic

Dans la grande majorité des cas, les lipomes sous-aponévrotiques bénins de la cuisse se développent d'une façon tout à fait insidieuse. Ils restent longtemps stationnaires et se comportent comme la plupart des tumeurs bénignes, ne provoquant aucune complication soit locale, soit à distance. Souvent, leur présence est révélée par un traumatisme, d'autres fois ils sont découverts par hasard. Si ce sont là les conditions les plus normales et les plus fréquentes, nous devons mentionner les cas où le lipome a été caractérisé par une marche rapide, déconcertante parfois, rappelant l'allure du néoplasme malin, tel le malade que nous présentons dans l'observation de M. le Professeur agrégé DIEULAFÉ. On a vu ces productions anormales présenter des poussées successives de croissance, coïncidant avec les périodes menstruelles, la ménopause, un traumatisme, une maladie intercurente.

Le développement du lipome ne se résume pas toujours en une simple hyperplasie du tissu adipeux presque normal; on observe souvent des modifications importantes survenues dans la texture intime. Dans de grosses tumeurs on trouve quelquefois à la coupe, des productions calcaires et même osseuses dans des travées conjonctives; le tissu adipeux peut s'infiltrer de sérosité, donnant les lipomes colloïdes, devient quelquefois œdémateux. Ailleurs, il peut se produire une dégéné-

rescence granuleuse des cellules adipeuses; ces cellules sont frappées dans leur vitalité et leur noyau fixe mal les réactifs colorants. Cornil voit dans ce fait un début de nécrose.

Un autre problème peut se poser: c'est la possibilité d'une transformation en tumeur maligne. Au lieu d'un phénomène de désintégration, on peut observer un processus de transformation. Wohlgemuth, en 1909, a rapporté l'observation d'une femme de 46 ans qui avait présenté pendant dix ans un lipome du volume d'une pomme et brusquement avait pris une évolution rapide, amenant la tumeur en trois mois, au volume d'une tête d'enfant. Après intervention, on constata que le centre du lipome plus ferme était constitué par du tissu myxoïde et des cellules épithéloïdes arrondies à large noyaux. Ce que l'auteur considérait comme un lipomyxo-sarcome. Von Bœgehold (Archives de Wirchow) étudiant un cas semblable, conclue en faveur d'une néoformation sarcomateuse à cellules fusiformes aux dépens du lipome.

La possibilité de ces transformations, ainsi que le diagnostic souvent hésitant entre lipome et sarcome, devra dicter la ligne de conduite à suivre en présence des lipomes sous-aponévrotiques.

Traitement

Le traitement rationnel du lipome sous-aponévrotique bénin de la cuisse, est l'intervention chirurgicale qui doit toujours être pratiquée, même lorsque le diagnostic n'est pas absolument ferme.

Elle consiste dans une incision parallèle au grand axe de la tumeur, l'ouverture de l'aponévrose dans la même direction et la découverte du lipome, en dissociant les fibres musculaires sans les sectionner autant que possible dans les cas de lipome intramusculaire. Le lipome découvert, on doit chercher à l'énucléer en utilisant le plan de clivage qui l'entoure. Si le lipome a envoyé des prolongements, il faut une dissection patiente pour extirper les divers segments lipomateux.

Lorsque le lipome est intermusculaire, il faut avoir en vue les rapports de la tumeur avec les paquets vasculo-nerveux, de façon à ne pas léser ceux-ci.

Dans le cas de lipomes périostiques, il faut bien détacher la totalité de la tumeur, du périoste. Au besoin, et c'est le plus sûr, on enlèvera le périoste et on ruginera l'os sur toute l'étendue de l'adhérence de la tumeur au périoste.

L'exérèse aussi complète que possible, ne laissant dans les tissus aucune parcelle de la tumeur, pour éviter toute récidive sur place, est le moyen nécessaire et suffisant pour guérir tous les cas de lipome sous-aponévrotique bénin de la cuisse.

Observations

OBSERVATION de M. le Professeur agrégé Raymond Dieulafé

Lipome périostique de la racine de la cuisse à adhérence iliaque.

M. A..., 48 ans, vient nous consulter pour une tumeur qu'il présente au niveau de la racine de la cuisse gauche et qui, depuis quelques semaines, s'est révélée par son accroissement rapide.

Cette tumeur se trouve située au niveau du bord antéro-externe et à l'extrémité supérieure de la cuisse gauche.

Elle est de forme allongée et son extrémité supérieure vient cacher l'épine iliaque antéro-supérieure.

Sa surface est de la largeur d'une main. Elle fait, par rapport au plan normal des téguments, une saillie de deux à trois centimètres.

A la palpation on sent une tumeur assez bien délimitée, de consistance mollasse et pseudo-fluctuante.

Les téguments qui la recouvrent ne sont pas infiltrés et ne présentent pas d'adhérences à la tumeur. La peau est mobile sur la tumeur qui est elle-même assez mobile sur le plan profond et semble être fixée surtout au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. La tumeur est indolente et le malade n'accuse pas de troubles de la sensibilité subjective ou objective.

Par les manœuvres de la contraction musculaire de la cuisse, la tumeur n'est pas pincée ni modifiée dans sa consistance et son volume.

Le malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents. Le Bordet-Wassermann est négatif. La ponction exploratrice ne ramène rien. L'état général du malade est bien conservé. Une radiographie du bassin montre une légère irrégularité semble-t-il dans le contour de l'épine iliaque antéro-supérieure. Les signes physiques et fonctionnels sont ceux d'une tumeur lipomateuse sous-aponévrotique à adhérence squelet-

tique. Mais en raison du volume de la tumeur et de la rapidité de son accroissement, nous craignons qu'il ne s'agisse d'une tumeur maligne à type sarcome venant du périoste iliaque.

L'intervention est décidée : une longue incision verticale partant de la crête iliaque est menée jusqu'au tiers supérieur de la cuisse. La tumeur n'est découverte qu'après incision de l'aponévrose. Elle a tous les caractères d'un lipome. Elle vient s'insérer sur l'os iliaque au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure qu'elle couvre, ainsi que les parties supérieures des muscles tenseur du fascia-lata et couturier qui y prennent naissance.

L'exérèse complète peut être réalisée, la tumeur énucléée sans dégâts et son insertion sur l'os iliaque soigneusement ruginé. Diagnostic histologique : lipoblastome pur adhérant au périoste iliaque.

L'évolution est très favorable, sauf quelques mois après, des douleurs névritiques dans le territoire du fémoro-cutané qui s'atténuent ensuite spontanément.

Le malade, revu après plus de deux ans, est complètement guéri.

OBSERVATION Delbet (Bulletin. Société Chirur., 1904).

Lipome périostique du tiers inférieur du fémur.

Homme de 61 ans. Tumeur volumineuse de la grosseur d'une carafe dont le développement avait été rapide, siégeant à la partie interne de la cuisse et dans sa partie inférieure. Elle était manifestement immobilisée par la contraction du quadriceps. J'avais fait le diagnostic de sarcome musculaire et je m'attendais à une opération laborieuse avec des dégâts considérables. Il en fut tout autrement. Après avoir traversé toute l'épaisseur du quadriceps, je trouvai entre l'os et le muscle une tumeur parfaitement encapsulée, s'énucléant facilement, sans aucune adhérence, sauf au niveau de son pédicule par lequel elle recevait tous ses vaisseaux. Le pédicule large et mince, en forme de lamelle, je le suivis avec soin et constatai avec la plus grande netteté qu'il s'insérait sur la face profonde du fémur, à la branche interne de la bifurcation inférieure de la ligne âpre. La tumeur pesait 1.150 grammes. L'examen histologique a été fait et permis d'établir la nature fibro-lipomateuse de cette tumeur.

OBSERVATION (résumée) JALAGUIER, (Bulletin et Mém. Société Chir., Paris, 1889).

Lipome intramusculaire de la cuisse à marche rapide.

Une jeune fille de vingt ans, s'aperçoit, quinze jours avant mon examen, de l'existence d'une tuméfaction assez considérable de la partie supéro-externe de la cuisse gauche. La tumeur s'était développée sans réaction, sans le moindre phénomène douloureux. Cette tumeur, du volume d'un poing, était profonde, manifestement intramusculaire. Ses limites étaient peu nettes et sa consistance ferme, avec une fluctuation en certains points obscure. Pression non douloureuse. L'évolution, d'après la malade, était de quinze jours ; elle attribuait l'origine à une chute dans un escalier qu'elle avait faite il y a huit ans. Mon diagnostic fut assez indécis ; je pensais, étant donné la marche rapide à une tumeur maligne sous-aponévrotique, à un myosarcome. Le traitement spécifique fut institué et continué pendant quinze jours sans aucun résultat. Nous pensions également à un abcès froid, mais la radiographie de la région fut faite et on a constaté l'intégrité absolue du fémur. On constate de plus, au niveau de la partie qui répond à la tumeur une zone plus claire, limitée par deux lignes elliptiques très nettes. Cette radiographie semble donc démontrer que le néoplasme, quel qu'en fut la nature, doit être limité. Le 17 février, la tumeur avait considérablement augmenté de volume et elle s'était étalée sur la face antérieure. De nombreuses villosités sillonnaient la peau. La consistance était devenue si molle et la fluctuation si nette, que je me décidai à faire une ponction exploratrice. Ponction absolument négative. Je résolus dès lors d'intervenir. Opération le 22 février. Incision de tout le muscle vaste interne. Je tombe sur une tumeur molle, lobulée, encapsulée, entourée de tissu cellulaire lâche. C'était un lipome que j'ai pu énucléer et basculer avec la plus grande facilité : il adhérait par un pédicule large de deux ou trois centimètres carrés à la face profonde du muscle vaste externe. La tumeur avait quinze centimètres dans son plus grand diamètre et dix centimètres dans son plus petit diamètre. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un lipome pur.

OBSERVATION CHAVANNAZ. (Archives Clin. de Bordeaux, 1897).

Lipome intramusculaire du tenseur du fascia-lata.

Rose A..., 53 ans, cultivatrice, entrée à l'hôpital Saint-André le 25 janvier 1896. Elle n'a jamais été malade et ne présente dans ses antécédents aucune trace de tuberculose ou de syphilis. Il y

a vingt mois, notre malade tombe de sa hauteur et sa jambe droite porte sur le pavé. A partir de cette époque, de temps en temps, des douleurs dans les lombes et dans la hanche droite qui reste sensible au moindre choc. Quatre à cinq mois plus tard, la malade reçoit sur la même hanche un coup de corne de vache, lequel détermine une légère ecchymose. Cinq mois après, cette femme heurte encore sa hanche contre une bouillotte, et la douleur ressentie est très vive. Dix jours plus tard, Rose A..., constate à la partie supérieure de la cuisse droite une tumeur du volume d'un œuf. Cette tumeur augmentant de volume, la malade entre à l'hôpital. On note : en avant du grand trochanter droit et un peu au-dessus de l'épine iliaque antérieure correspondante, existe une tumeur du volume d'une pomme, allongée suivant l'axe du membre. A ce niveau, pas de modification des téguments. Cette tumeur est de consistance uniforme dans toute son étendue et la palpation montre qu'elle est non fluctuante et assez dure. Indépendante des téguments, assez mobile sur les parties profondes, elle est sensible à la pression. Rien dans l'articulation de la hanche ni à la colonne vertébrale. Le 29 janvier, incision de dix centimètres suivant le grand axe de la tumeur. On trouve alors qu'elle n'est autre qu'un lipome situé entre les fibres du tenseur du fascia-lata, dont il peut être facilement isolé. Hémostase et suture. La malade quitte l'hôpital le 9 février, guérie. Le lipome, du volume d'une petite orange, présente, à l'examen histologique, la texture d'un lipome pur avec des cloisons interlobulaires de tissu fibreux un peu épaisses.

OBSERVATION (résumée) Prof. Dambrin et Bernardbeig (Soc. Chir. Toulouse, 1923).

Lipome intramusculaire du vaste externe.

M. F..., 61 ans, s'aperçoit qu'il est porteur d'une tumeur sur la face interne de la cuisse gauche. La tumeur est fluctuante, lisse, arrondie, immobilisée par la contraction musculaire. La ponction exploratrice et le B.W. sont négatifs. Le diagnostic porté est lipome ou sarcome musculaire.

Opération : On extirpe une tumeur du volume d'un œuf, encapsulée dans l'intérieur du muscle vaste externe et qui est un lipome pur.

OBSERVATION M. P. MOULONGUET (Mém. Acad. Chir., n° 16-17, 1946).

Lipome sous-musculaire de la cuisse.

Mme G... de 65 ans, entre à la Maison Dubois pour une tumeur de la cuisse. Cette tumeur existait depuis plusieurs années, mais depuis quatre mois elle s'était mise à grossir, entraînant une certaine gêne à la marche. A l'examen, il s'agit d'une tumeur à la face antérieure au-dessous du triangle de Scarpa, faisant saillie davantage sur la face externe que sur la face interne. Elle paraît grosse comme les deux poings. On la localise facilement comme sous-musculaire puisqu'elle s'immobilise quand le quadriceps ou le couturier se contractent. A l'état de relâchement, la tumeur est de consistance rénitente, sans dureté, peu mobile. Il semble qu'on apprécie assez nettement ses limites; elle n'est pas douloureuse. Malgré l'absence d'antécédents syphilitiques et un B.W. négatif, on fait un traitement d'épreuve qui est inefficace, au bout d'une dizaine de jours et abandonné. Le 30 août 1941, sous anesthésie à l'éther, incision longue antérieure. Le quadriceps est reconnu très aminci. On ne peut pas conclure à un lipome intramusculaire, n'ayant pas noté avec assez de précision s'il existait des fibres quadricipitales à la face profonde du néoplasme. Le paquet vasculaire est écarté en dedans, et ses collatérales externes sont liées. On décide alors d'enlever la tumeur, la majeure partie du quadriceps, de façon à se tenir toujours à distance. En effet, très rapidement on s'en rend compte que la tumeur serait facilement énucléable et il faut, à plusieurs reprises, prendre garde de ne pas retomber dans le plan de clivage propre. L'aspect est celui d'un lipome. Il n'y a pas d'adhérence entre la face profonde de cette tumeur et la face antérieure du fémur. Suture sur un drain. Les suites opératoires sont simples, mais il résulte de la myectomie une impotence fonctionnelle relative et de l'œdème du pied. La marche est cependant possible. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un lipome légèrement fibreux, d'aspect tout à fait bénin.

OBSERVATION, M. HEPP (Mem. Acad. Chir., n° 16-17, 1946).

Lipome intermusculaire de la cuisse.

J'ai récemment observé un lipome profond de la cuisse qui avait, du fait de la déformation monstrueuse qu'il provoquait, fait discuter les diagnostics de tumeur maligne inopérable et l'opportunité d'une désarticulation inter-ilio-abdominale. En réalité, la

tumeur était bénigne, parfaitement clivable et l'extirpation aisée. Elle prenait contact avec le périoste, dissociant les masses musculaires atrophiées ; mais il fut impossible de prouver la continuité du périoste et du lipome. Sa bénignité absolue fut reconnue par l'examen des coupes pratiquées en différentes zones tumorales. Il est indéniable que la biopsie préalable prend dans ces cas douteux un intérêt certain.

OBSERVATION Mondor, rapportée par Huet (*Journal de Chir*, 1938).

Lipome de la gaine des *vaisseaux fémoraux.*

Femme de 55 ans, est adressée par M. le Professeur Lemierre à l'hôpital Bichat, le 11 octobre 1937, pour une tuméfaction de la cuisse. C'est à la suite d'une entorse, qu'il y a douze ans, dit-elle, elle a remarqué une petite grosseur sur la face antéro-interne de la cuisse. Depuis cette période, la tumeur augmente lentement de volume ; actuellement, elle est du volume d'une grosse noix de coco, mais plus ovoïde. Elle ne détermine aucune gêne, aucune douleur et cette malade, dont l'état général est excellent, vient uniquement consulter en raison de la présence de cette tumeur. A l'examen, d'emblée, on voit siégeant à la face antéro-interne de la cuisse droite, une importante tuméfaction allongée selon le trajet des vaisseaux fémoraux, de forme ovoïde, sans adhérence à la peau ; les téguments à sa surface ne sont pas infiltrés ni œdémateux. Il n'y a pas de circulation collatérale anormale et pas de varices. La malade n'accuse pas de troubles de la sensibilité subjective ou objective. Dans l'ensemble, membre normal d'aspect, n'était la présence de la tumeur. A la palpation, on sent une grosse tumeur ovoïde, mal limitée, à contours irréguliers, allongée selon l'axe de la gouttière des vaisseaux fémoraux. Sans adhérer entièrement au quadriceps, elle change de consistance lors de la contraction de ce muscle. De consistance molle au repos, de surface lobulée, elle devient dure lors de la contraction et a l'air de se plaquer dans la profondeur contre les vaisseaux. L'intervention le 13 octobre 1937 (Mondor). La libération du lipome qui adhère très étroitement aux vaisseaux nécessite la dénudation de l'artère et de la veine après incision d'un plan aponévrotique prévasculaire et prétumoral.

Examen histologique: lipome pur.
La malade quitte le service le 26 octobre.

Conclusions

Le lipome sous-aponévrotique bénin de la cuisse est une néoformation conjonctive graisseuse bénigne, disposée sous forme de masse circonscrite, lobulée et mollasse, n'ayant aucune tendance à disparaître spontanément.

Topographiquement caractérisée par son siège sous-aponévrotique, intramusculaire, intermusculaire ou à adhérence périostique, la localisation à la cuisse est assez fréquente et présente une individualité manifeste.

Les causes, certaines prédisposantes: sexe, âge, traumatisme; d'autres déterminantes: l'hérédité, les troubles diathésiques, les causes d'origine inflammatoire, traumatique ou congénitale, peuvent favoriser le développement du lipome sous-aponévrotique de la cuisse et sont diversement interprétées.

La symptomatologie vague, les signes physiques à caractère variable, rendent le diagnostic de ces tumeurs souvent délicat.

Nous avons insisté à ce sujet, sur les précautions dont il fallait s'entourer afin d'éviter aux malades des interventions inutiles, comme dans les cas d'abcès froid ou syphilis; ou des interventions mutilantes comme pour le sarcome dont le lipome peut emprunter l'évolution rapide.

De pronostic bénin, le traitement consiste dans l'exérèse totale, en ayant soin de ménager dans la me-

sure du possible les organes vitaux, quelquefois chose difficile à réaliser en raison de l'étendue de la tumeur qui peut se prolonger dans des points assez éloignés de son lieu d'origine.

Vu : Vu :

Le Président de Thèse, *Le Doyen,*

BOULARAN CALVET

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 16 janvier 1947

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

DOTTIN

Bibliogragraphie

AUDIAT. — Kyste hidatique du muscle. (*Thèse*, Paris, 1886).

BARJON. — *Lyon Médical*, 1906.

BÉRARD. — Conjonctivome. (*Lyon Chir.*, 9 juin 1939).

BÉRIEL et DELACHENAL. — *Archives de Méd. Exp. et d'Anat. Path.*, novembre 1912.

BILROTH et WINIWATER. — Path. et Thér. Chirurgicale.

BŒGEHOLD. — Lipome sarcomateux du bras. (Archiv. de WIRCHOW, 1879).

BROCA. — Traité des tumeurs. (*Bulletins Soc. Anat., Paris*: 1887, p. 728, 835; 1888, p. 934; 1890, p. 58).

CASTEX. — Lipome sous-musculaire de la cuisse. (*Soc. Anat.*, 1877, I, II).

CHAVANNAZ. — *Archives Cliniques de Bordeaux*, 1897.

CLERC. — Considérations sur le lipome myxomateux de la cuisse. (*Thèse*, Lyon, 1897).

COMBALAT. — Tumeurs malignes musculaires à forme aiguë.

CRUVEILHER. — Anatomie pathologie générale.

CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique.

DAMBRIN et BERNARDBEIG. — Un cas de lipome intramusculaire. (*Soc. Chir. Toulouse*, 1923).

DELACHENAL. — Tumeurs malignes du tissu cellulo-adipeux. (*Thèse*, Lyon, 1910).

DELACHENAL et GAYET. — Lipome malin. (*Lyon Médical*, 1911).

DEHAY. — Lipomes intramusculaires. (*Thèse*, Lille, 1903).

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos 11

Introduction 13

Historique 15

Anatomie-Pathologique 19

Etiologie-Pathogénie 29

Symptomatologie 33

Diagnostic 37

Diagnostic différentiel 39

Evolution - Pronostic 49

Traitement 51

Observations 53

Conclusions 59

Bibliographie 61